

Información Adicional del Menor (Solicitud)A llenar si el Solicitante tiene **más de dos (2) menores** con la Otra Parte mencionada en esta solicitud.**Someta el LDSS-5143****Nombre del Menor #**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SSN / ITIN	Género	Fecha de Nacimiento	Fecha Estimada del Parto
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No Binario / Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> No ha nacido	

Nombre de la Persona con Nexo Parental

Persona con Nexo Parental 1	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Persona con Nexo Parental 2	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido

Lugar de Nacimiento del Menor

Hospital	Ciudad	Estado	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Parentesco de la Otra Parte con el Menor

Persona con Nexo Parental Pareja de la Persona con Nexo Parental con el Menor Persona con Nexo Parental Presunto Persona con Nexo Parental Potencial

Estado Civil de las Personas con Nexo Parental

¿Estuvieron las personas con nexo parental arriba mencionadas casadas al momento del nacimiento del menor o después?

 Sí, entre sí Sí, pero no entre sí No No se sabeEn caso **afirmativo entre sí**, vaya a las preguntas de la **Información sobre la Orden de Sustento. De lo contrario**, vaya a las preguntas del **Establecimiento de Filiación**.**Establecimiento de Filiación:** ¿Se estableció la filiación? No - Vaya a las preguntas del **Estado de jurisdicción**. Sí - Conteste las preguntas de **Establecimiento de Filiación**.Usted **no** necesita contestar las preguntas sobre el **Estado de Jurisdicción**. No se sabe - Vaya a las preguntas del **Estado de jurisdicción**.

¿Cómo se estableció la filiación?

 Se estableció ante el Tribunal el Nombre del Tribunal Reconocimiento de Paternidad / Filiación el Acuerdo Subrogación / Reproducción Asistida

¿En qué condado, estado y país se estableció la filiación?

Condado Estado País

¿Dónde fue concebido el menor?

Estado País **Estado de Jurisdicción**¿Cubrió la Persona con Nexo Parental Presunto / Potencial los gastos prenatales o de sustento del menor? Sí No No se sabe¿Vivió la Persona con Nexo Parental Presunto / Potencial con el menor en el Estado de Nueva York? Sí No No se sabe¿Vive el menor en el Estado de Nueva York como resultado de acciones o directivas de la Persona con Nexo Parental Presunto / Potencial? Sí No No se sabe**Información sobre la Orden de Sustento**¿Existe una orden de sustento para este menor? Sí No No se sabe En caso afirmativo, ¿Cuál es la fecha de la orden? ¿Se ha ordenado seguro de salud? Sí No No se sabe**Monto de la Obligación**\$ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Otro **Tribunal que Emitió la Orden** De Familia Supremo Otro Condado Estado País **Información sobre Cobertura de Atención Médica**¿Tiene el menor cobertura de atención médica? Sí No No se sabeEn caso afirmativo, identifique el tipo de cobertura Privada - vaya a las preguntas de **Prestaciones de Seguro Médico** Pública - vaya a las preguntas de **Cobertura de Atención Médica Pública****Prestaciones de Seguro Médico**

¿Quién proporciona la cobertura de atención médica privada del menor?

 Persona con Nexo Parental Custodia Tutor Legal Persona con Nexo Parental no Custodia / Persona con Nexo Parental Presunto / Potencial Pareja de la Persona con Nexo Parental con el Menor No se sabe OtroNombre de la Compañía de Seguros de Salud N° de Póliza N° de Grupo Calle Piso / Apto. / Suite Ciudad Estado Código Postal **Cobertura de Atención Médica Pública**

Indique el tipo de cobertura de atención médica pública:

 Medicaid Child Health Plus (CHPlus) Contribución mensual del CHPlus: \$ Otro